



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS PASSO FUNDO  
CURSO DE MEDICINA**

**CARINA ANDRESSA DICK**

**PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM  
MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO**

**PASSO FUNDO, RS**

**2018**

**CARINA ANDRESSA DICK**

**PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM  
MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
apresentado como requisito para obtenção de grau de  
Bacharel em Medicina da Universidade Federal da  
Fronteira Sul

Orientadora Prof. Me. Silvane Nenê Portela

Coorientadora Prof. Dra. Ivana Loraine Lindemann

**PASSO FUNDO, RS**

**2018**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Dick, Carina Andressa  
PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS  
ATENDIDOS EM MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO  
/ Carina Andressa Dick. -- 2018.  
56 f.

Orientador: Mestre Silvane Nenê Portela.  
Co-orientador: Doutora Ivana Loraine  
Lindemann. Trabalho de Conclusão de Curso  
(Graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul,  
Curso de Medicina, Passo Fundo, RS , 2018.

1. Medicina. 2. Ginecologia e Obstetrícia.  
I. Portela, Silvane Nenê, orient. II.  
Lindemann, Ivana Loraine, co-orient. III.  
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV.  
Título.

**CARINA ANDRESSA DICK**

**PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM  
MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora Prof. Me. Silvane Nenê Portela

Coorientadora Prof. Dra. Ivana Loraine Lindemann

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca examinadora composta por Diogenes Luis Basegio e Giovana Bonfanti Donato em 20 de novembro de 2018.

## **RESUMO**

Este volume de trabalho de conclusão de curso é composto de projeto de pesquisa, relatório de pesquisa, artigo científico e anexos. O trabalho a seguir foi orientado pela professora Silvane Nenê Portela e co-orientado pela professora Ivane Loraine Lindemann, sendo realizado de agosto de 2017 a novembro de 2018, como método avaliativo das disciplinas de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I e TCC II, sendo que na primeira o projeto de pesquisa foi realizado e, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), executada a coleta de dados no Hospital São Vicente de Paulo, localizado na cidade de Passo Fundo – RS.

Durante o TCC II foi realizada a tabulação dos dados coletados e a sua análise, resultando em artigo científico que está incluso neste volume, em que é possível conhecer o perfil de puérperas e de recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital terciário.

O artigo resultante desta pesquisa foi realizado nos moldes da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, cujas normas técnicas vigentes são Vancouver.

## **ABSTRACT**

This volume of course completion work is composed of research project, research report, scientific article and annexes. The following work was oriented by teacher Silvana Nené Portela and co-oriented by teacher Ivane Loraine Lindemann, and was carried out from August 2017 to November 2018 as an evaluation method of the Course Completion Work I and II. In the first, the research project was carried out and, after approval by the Research Ethics Committee, data collection was carried out at the São Vicente de Paulo Hospital, located in the city of Passo Fundo - RS.

During the Course Completion Work II the tabulation of the data collected and its analysis was carried out, resulting in a scientific article included in this volume, in which it is possible to know the profile of postpartum women and newborns seen in the maternity ward of a tertiary hospital.

The article resulting from this research was carried out along the lines of the Brazilian Journal of Maternal and Child Health, whose current technical standards are Vancouver.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2.</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<b>09</b>
<b>2.1</b>	<b>PROJETO DE PESQUISA</b>	<b>09</b>
<b>2.1.1</b>	Resumo	09
<b>2.1.2</b>	Tema	09
<b>2.1.3</b>	Problema	09
<b>2.1.4</b>	Hipótese	09
<b>2.1.5</b>	Objetivos	10
<b>2.1.6</b>	Justificativa	10
<b>2.1.7</b>	Referencial teórico	11
<b>2.1.8</b>	Metodologia	17
<b>2.1.8.1</b>	Tipo de estudo	17
<b>2.1.8.2</b>	Local e período de realização	17
<b>2.1.8.3</b>	População e amostragem	17
<b>2.1.8.4</b>	Variáveis e instrumentos de coleta de dados	18
<b>2.1.8.5</b>	Processamento, controle de qualidade, análise estatística dos dados e devolução dos resultados	18
<b>2.1.8.6</b>	Aspectos éticos	18
<b>2.1.9</b>	Recursos	19
<b>2.1.10</b>	Cronograma	19
<b>2.1.11</b>	Referências	20
<b>2.1.12</b>	Apêndices	22
<b>2.2</b>	<b>RELATÓRIO DE PESQUISA</b>	<b>27</b>
<b>2.2.1</b>	Introdução	27
<b>2.2.1.1</b>	Seleção e treinamento dos entrevistadores	27
<b>2.2.1.2</b>	Logística da coleta de dados	27
<b>2.2.1.3</b>	Período da coleta de dados	27
<b>2.2.1.4</b>	Controle de qualidade dos dados	27
<b>2.2.2</b>	Considerações finais	28
<b>3</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>52</b>
<b>4.1</b>	Anexo I – Parecer consubstanciado do CEP	52
<b>4.2</b>	Anexo II - Normas para publicação – Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	54

## 1. INTRODUÇÃO

A cidade de Passo Fundo, situada na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, de acordo com dados do último censo, tem 184.826 habitantes. Desta população, 96.776 são mulheres, sendo 53.272 em idade reprodutiva (IBGE, 2010). A partir de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tem-se o registro de 4.245 nascimentos no município no ano de 2015, sendo 2.083 do sexo feminino e 2.162 do sexo masculino. Desses, 1.403 foram partos normais e 2.842 cesárias. Do total de nascimentos ocorridos, 2.925 são de mães que residem no município (DATASUS, 2017).

Segundo informações da Vigilância Epidemiológica do Estado, em 2016, 77,63% dos 4.229 nascimentos registrados em Passo Fundo aconteceram no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) (DTGI, 2017). No HSVP em 2015 foram registrados 3.228 nascimentos, sendo que desses 2.124 (65,8%) foram cesárias e 1.104 (34,2%) partos normais; 1.973 (61,1%) nascimentos foram pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 1.255 (38,9%) através dos contratos particulares e convênios (HSVP, 2016).

Em relação ao número de consultas pré-natal, de acordo com dados oriundos do Sistema de Informação do Estado do Rio Grande do Sul, referentes ao município, em 2012 se tinha o registro de que 66,3% das gestantes realizavam pelo menos sete consultas médicas durante o pré-natal. No ano de 2016, 70,6% das gestantes realizaram o mínimo de 7 consultas, e em 2017 a análise de dados parciais mostra aumento dessa cobertura para 73,2% das gestantes (DGTI, 2017).

A Maternidade do HSVP é referência em gestações de alto risco no estado, possuindo uma equipe de profissionais qualificada para este tipo de atendimento e contando, além do serviço da maternidade, com o Centro de Tratamento Intensivo Neonatal, para receber recém-nascidos que precisam desses cuidados. Em 2016 ocorreram 3.254 nascimentos, com média de 8,9 nascimentos por dia (HSVP, 2017).

A caracterização do perfil epidemiológico da parturiente e de seu recém-nascido constitui-se em uma ferramenta útil ao planejamento de ações para aperfeiçoar a qualidade da atenção destinada a esse grupo, propiciando um cuidado integral visando diminuir a morbimortalidade materno-infantil. Em relação à maternidade do HSVP, um centro de referência em saúde na região Sul, não há estudos sobre a realidade local, sendo importante a realização desse reconhecimento para aprimorar a assistência prestada à população.



## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 PROJETO DE PESQUISA**

#### **2.1.1 Resumo**

Será realizado um estudo do tipo transversal descritivo entre janeiro e dezembro de 2018. A população do estudo compreenderá parturientes e recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital terciário. A amostra incluirá parturientes e recém-nascidos atendidos de 1º de janeiro à 30 de junho de 2017, tendo como objetivo descrever suas características. As variáveis serão coletadas do prontuário da paciente, sendo que as relacionadas às parturientes serão: faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, profissão, procedência, morbidades da gestante, tabagismo, número de consultas de pré-natal, resultado de exames de HIV e sífilis, e, dentre as relacionadas ao recém-nascido, o número de nascimentos, idade gestacional, sexo, tipo de parto, peso ao nascer, escore de Apgar e necessidade imediata de Centro de Tratamento Intensivo Neonatal. A análise estatística compreenderá distribuição absoluta e relativa para variáveis categóricas e média e desvio padrão para as variáveis numéricas. Espera-se que os resultados possam subsidiar ações de qualificação da assistência prestada pelo serviço à população.

**Palavras-chave:** Maternidades; Gestantes; Recém-nascido; Perfil de Saúde.

#### **2.1.2 Tema**

O desconhecimento acerca do perfil de puérperas e recém-nascidos atendidos em maternidade de hospital terciário.

#### **2.1.3 Problema**

Qual é o perfil epidemiológico de parturientes e de recém-nascidos atendidos em maternidade de hospital terciário?

#### **2.1.4 Hipóteses**

Em relação às parturientes, a amostra terá predominância de idade jovem, união estável, cor branca, ensino fundamental completo, trabalhadoras do setor terciário e procedência da cidade de Passo Fundo, sendo as principais morbidades da gestante

hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, asma e parto pré-termo, e a prevalência de tabagismo materno será de 11,5%. A maioria das puérperas realizará acompanhamento pré-natal, sendo a incidência nos testes rápidos de HIV de 3% e de sífilis de 5%.

Em relação aos recém-nascidos, a maioria será nascimento único, idade gestacional superior a 37 semanas, sexo feminino, parto vaginal, peso adequado ao nascer, escore de Apgar entre 9 e 10 no primeiro e quinto minuto de vida e não terá necessidade imediata de Centro de Tratamento Intensivo Neonatal.

### **2.1.5 Objetivo geral**

Descrever características de parturientes e de recém-nascidos na maternidade de um hospital terciário.

#### **2.1.5.1 Objetivos específicos**

Determinar faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, profissão, procedência principais morbidades, tabagismo, aderência às consultas de pré-natal, e positividade do teste rápido de HIV e sífilis em parturientes.

Descrever as características dos recém-nascidos, como o número de nascimentos, idade gestacional, sexo, tipo de parto, peso ao nascer, escore de Apgar e necessidade imediata de Centro de Tratamento Intensivo Neonatal.

### **2.1.6 Justificativa**

Durante a gestação, o binômio materno-fetal está predisposto a intercorrências obstétricas e neonatais. Com o conhecimento sobre o perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos na instituição e a identificação dos fatores de risco e intercorrências, pode-se intervir nessas variáveis, a fim de modificar os desfechos (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

As taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil ainda são consideradas excessivas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo associadas, na maioria das vezes, a intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis (PEREIRA; BACHION, 2005).

No mundo, os agravos relacionados à gestação, ao parto e pós-parto são responsáveis por mais de meio milhão de mortes de mulheres por ano, o que levou a redução das taxas de mortalidade materna a se tornar um dos objetivos do milênio, especialmente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem aproximadamente 99% dessas mortes (REIS *et al.*, 2014).

O conhecimento do perfil das pacientes atendidas e dos recém-nascidos é fundamental para qualificar a assistência à saúde prestada a essa população. Sendo a maternidade do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) um centro de referência em saúde na região sul, o trabalho se justifica sob o aspecto de que não há estudos reconhecendo a realidade local.

### **2.1.7 Referencial teórico**

Durante a gestação e puerpério e também, na assistência ao parto, há maior possibilidade de intercorrências diretamente relacionadas a determinados fatores de risco. A assistência pré-natal foi introduzida de forma organizada no início do século XX nos Estados Unidos, e estudos demonstram que as mulheres que recebem cuidados de pré-natal, de forma precoce e regular, são mais propensas a ter filhos mais saudáveis. Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), o cuidado pré-natal inclui um processo de identificação e avaliação de risco contínuo e apoio psicossocial, que otimamente começa antes da concepção e se prolonga ao longo do período pós-parto, visando desenvolver um plano de cuidados adequado, levando em consideração os aspectos médico, nutricional, cultural e as necessidades educacionais da paciente e sua família, devendo ser periodicamente reavaliado e revisado de acordo com o progresso da gestação (AAP; ACOG, 2012).

Em relação ao aconselhamento e as intervenções pré-concepção, é importante abordar com a paciente planejamento familiar, estado de imunização, fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), uso de substâncias, incluindo álcool, tabaco e drogas ilícitas, exposição à violência familiar, história médica, cirúrgica e psiquiátrica, medicamentos em uso, histórico familiar e genético, estado nutricional, possíveis exposições ambientais e ocupacionais, além da avaliação do contexto socioeconômico, educacional e cultural (AAP; ACOG, 2012).

Certas complicações, antes, durante a gravidez e no momento do trabalho de parto podem exigir vigilância, monitoramento e cuidados especiais mais intensivo, sendo que em alguns casos a detecção precoce e oportuna e intervenção podem melhorar os resultados. Quando existe um alto risco de complicações, pode ser aconselhável tomar providências para esse tipo de cuidados com antecedência. Algumas dessas complicações incluem síndrome antifosfolípide, asma, hemoglobinopatias, trombofilias hereditárias, fenilcetonúria materna, obesidade e cirurgia bariátrica, diabetes pré-gestacional e gestacional, doenças da tireóide, hipertensão crônica e distúrbios hipertensivos da gravidez como pré-eclâmpsia e eclâmpsia,

restrição de crescimento intrauterino, isoimunização na gravidez, gravidez multifetal, ruptura prematura de membranas, gestação pós-termo, hemorragia materna e corioamnionite (AAP; ACOG, 2012).

A morbimortalidade materna e perinatal continua elevada no Brasil, sendo incompatível com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gestação, parto e puerpério são preveníveis, sendo necessária a qualificação da assistência pré-natal, ao trabalho de parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

Em relação às variáveis neonatais, o escore de Apgar é um dos métodos mais utilizados para a avaliação imediata do recém-nascido, sendo realizado rotineiramente no primeiro e no quinto minutos de vida. O exame avalia cinco aspectos, que são frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, sendo cada item pontuado de 0 a 2, sendo que uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos significa que o recém-nascido nasceu em boas condições (SBP, 2014).

Segundo a OMS, o peso ao nascer é, universalmente, o mais importante determinante isolado das chances de um recém-nascido sobreviver e ter crescimento e desenvolvimento normais. Além disso, devido à sua relação com o nível socioeconômico e com a saúde da população, a OMS preconiza o peso ao nascer como um dos principais indicadores na monitoração da saúde da humanidade (WHO, 2012).

Em relação ao peso de nascimento da criança, são reconhecidos vários fatores potencialmente determinantes, tais como, idade gestacional, sexo da criança, gemelaridade, idade, peso e altura maternos, número de filhos prévios, intervalo interpartal, antecedentes obstétricos, tabagismo durante a gravidez, renda familiar, número de consultas pré-natais, tipo de parto, escolaridade, desnutrição, uso de drogas e morbidades maternas, fatores que levem à diminuição do fluxo sanguíneo útero-placentário, etc. (ZUGAIB, 2016).

Muitos desses fatores podem ser identificados durante o período pré-natal, sendo possível prevenir complicações através de um pré-natal de qualidade, identificando precocemente aquelas gestantes com fatores de risco para complicações perinatais e as encaminhando para centros capacitados em gestações de alto risco. Sabe-se que a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou feto têm maiores chances de ser atingida por agravos que a média das gestações. A adequada assistência perinatal está relacionada à redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida dos sobreviventes que tiveram problemas perinatais (BRASIL; TELESSAÚDE, 2015).

A incidência mundial da prematuridade que permanecia estável em torno de 10-15% nos países subdesenvolvidos e entre 5 e 7% nos industrializados, tem mostrado, nos últimos anos, tendência a aumentar. No Brasil, a prematuridade apresenta um discreto crescimento ao longo do tempo, ao contrário do que seria esperado em um país no qual a maioria dos indicadores de saúde materno-infantil estão apresentando melhorias. As taxas de baixo peso ao nascer têm permanecido ao redor de 8% desde 2000, apresentando discreta tendência ascendente. As regiões com maiores prevalências são o Sudeste e o Sul e com as menores, Norte e Nordeste. Uma das principais causas evitáveis de prematuridade e do baixo peso ao nascer é o tabagismo materno durante a gravidez. Estudos nacionais mostram que cerca de 15% das brasileiras são fumantes (BRASIL; UNICEF, 2013).

Em relação ao tipo de parto, existem diversos fatores capazes de influenciar a taxa de operações cesarianas, como fatores individuais de paridade, operação cesariana prévia, apresentação fetal e modo de início do trabalho de parto, entre outras características, além das preferências dos profissionais da saúde e das mulheres atendidas. Em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, a operação cesariana é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Porém, embora as complicações maternas graves associadas à operação cesariana sejam pouco frequentes, ela apresenta maiores taxas de morbimortalidade em comparação ao parto vaginal. Além disso, do ponto de vista neonatal, a realização de cesarianas sem indicação obstétrica em gestantes na 37ª semana contribui para a prematuridade tardia iatrogênica, ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (SOUZA *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e a operação cesariana tornou-se o modo mais comum de nascimento no país, sendo a via de parto em 56% dos casos, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%) (DATASUS, 2017). Considerando as características da população, que apresenta um elevado número de operações cesarianas em anos anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria entre 25%-30%, número muito inferior ao praticado no Brasil (BRASIL, 2016).

Dentre os principais problemas decorrentes da gestação de alto-risco, destaca-se o parto pré-termo, sendo este responsável por mais de 75% da mortalidade e da morbidade entre os recém-nascidos (LAJOS, 2014). Algumas intercorrências que levam ao trabalho de parto

pré-termo são: ruptura prematura de membranas, malformação uterina, gestação gemelar, idade materna avançada, incompetência istmo-cervical, malformação fetal, morte fetal entre outras. Dentre os problemas que levam o médico a optar pela interrupção da gestação para salvar a vida da mãe e/ou bebê estão pré-eclâmpsia, amniorrexe prematura, sofrimento fetal agudo, trombofilias materna, asma, cardiopatias, doenças tireodianas, malformação e morte fetal, etc. (QUEENAN, 2010).

Nesse sentido, a realização do pré-natal é uma ferramenta importante na redução da morbimortalidade materno-fetal. A OMS considera pré-natal de qualidade como um mínimo de seis consultas realizadas e início da assistência no primeiro trimestre da gestação. No Brasil, o Ministério da Saúde considera um pré-natal completo com um mínimo de seis consultas, sendo de preferência, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, visando diminuir o número de partos pré-termo e amenizar os riscos que este acarreta para mães e filhos (BRASIL, 2012).

Em relação ao perfil das parturientes e seus recém-nascidos, estudo realizado em hospital do norte do estado do Rio Grande do Sul em 2010, evidenciou média de 36,5 nascimentos/mês, sendo que o parto vaginal predominou no período pesquisado, embora mantenha-se abaixo do preconizado pela OMS. Referente às variáveis maternas constatou-se que 64,8% eram solteiras, 73,5% maiores de 20 anos, 37% tinham de 8 a 11 anos de estudo, 58,4% agricultoras, residentes no meio rural e 40% procedentes do município sede do estudo. Referente a dados clínico-obstétricos, 44,3% delas não realizaram todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, 0,9% tinham diagnóstico prévio de HIV/AIDS e 83,1% das usuárias foram atendidas pelo SUS. Quanto às variáveis do recém-nascido, verificou-se que 52,7% eram do sexo masculino, 93,8% tinha idade gestacional ao nascer superior a 37 semanas, 95,9% apresentou peso adequado ao nascer e 66,2% eram brancos e 33,8% indígenas. No período estudado não houve nenhuma morte materna e evidenciaram-se sete óbitos fetais e 53 abortamentos (ARBOIT; VAN DER SAND, 2010).

Dentre todas as infecções que podem acometer o binômio mãe-conceito, a sífilis e o HIV merecem destaque pois a transmissão perinatal, em ambas as doenças, poder ser prevenida de forma bastante eficiente por meio de um atendimento pré-natal, do cuidado ao parto e de uma assistência ao recém-nascido adequados. Além disso, a possibilidade de tratamento da infecção estabelecida é uma realidade para a sífilis e para o HIV de aquisição perinatal (BRASIL, 1998).

A sífilis congênita apresenta elevada prevalência e vem aumentando sua incidência no Brasil, apesar do tratamento eficaz e de baixo custo da sífilis materna. Compreendendo a sífilis materna como um problema de saúde pública, o Ministério de Saúde do Brasil lançou, em 1993, o programa de eliminação da Sífilis Congênita, definindo como meta a incidência de 1 caso em 1.000 nascidos vivos; meta ainda longe de ser alcançada; sendo usada como instrumento a triagem sorológica das gestantes e seu tratamento, assim como o de seus parceiros. Em relação ao perfil epidemiológico dos casos de Sífilis na Gestação no Brasil, um estudo em Fortaleza no Ceará, demonstrou o perfil epidemiológico de gestantes com VDRL reagente atendidas, sendo que dessas 5,2% tiveram diagnóstico antes do pré-natal, 50% durante o pré-natal e 39,6% apenas no momento do parto/puerpério. Em relação ao pré-natal, apenas 41,4% delas compareceram a seis ou mais consultas. Para que a gestante com sífilis seja considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção do conceito, deve ser medicada com penicilina G benzatina, nas doses apropriadas à fase da infecção, ter finalizado o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, e ter o parceiro concomitantemente tratado com o mesmo esquema terapêutico da gestante, sendo nesse estudo apenas 5,2% das gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. A principal causa de inadequação do tratamento foi a falta de tratamento do parceiro (CAMPOS, 2010).

Outro estudo realizado pelo Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita avaliou a positividade para sífilis em puérperas, sendo de 1,7% na amostra estudada. A análise multivariada mostrou que o maior risco de positividade para VDRL estava associado a renda familiar menor do que 1 salário mínimo, idade menor de 17 anos na primeira relação sexual, e menor ou igual a 14 anos na primeira gravidez, história de sífilis e história de doença sexualmente transmissível anteriores a gravidez, tratamento para sífilis nesta gestação, realização de exame de sífilis no parceiro, exame anti-HIV positivo ou não realizado, parto pré-termo anterior e feto natimorto como resultado da gravidez. Apenas 43% das puérperas realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e apenas 3% realizaram um VDRL no 1º e outro no 3º trimestres de gestação, conforme recomenda o Ministério da Saúde (RODRIGUES; GUIMARÃES; GRUPO..., 2004).

O número de casos de sífilis congênita está em ascensão no estado nos últimos anos, sendo registrados 1.664 casos em 2015, 1.174 casos em 2014 e 980 casos em 2013. Em 2016, o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade no estado do Rio Grande do Sul foi de 1.877 casos, sendo que só em Passo Fundo foram registrados 91 casos,

havendo 214 casos de sífilis em gestantes notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (DGTI, 2017).

Em relação ao HIV, sabe-se que a transmissão vertical é responsável pela quase totalidade dos casos de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em crianças no Brasil. A transmissão pode ser reduzida para menos de 2% com a administração de antirretrovirais desde a gestação, durante o parto e, para o recém-nascido, desde as primeiras horas do nascimento, combinada com a substituição do aleitamento materno pelo uso da fórmula infantil, na alimentação da criança. A identificação das gestantes infectadas pelo HIV é uma etapa fundamental na estratégia de prevenção da transmissão dessa infecção. Um estudo realizado em duas capitais brasileiras, revelou que a cobertura do teste anti-HIV na população de puérperas foi de 77,5%. A prevalência de infecção pelo HIV foi maior em Porto Alegre (6,5%) comparada a observada no Rio de Janeiro (1,3%). Em ambas as cidades os fatores associados à prevalência de infecção pelo HIV foram maior escolaridade e renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo, idade inferior a 20 anos e maior número de consultas de pré-natal. A transmissão perinatal do HIV foi confirmada em 14,6% e 11,7% dos recém-nascidos do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, respectivamente (SANTOS, 2008).

Em relação a prevalência do HIV em parturientes pelo teste rápido para detecção deste vírus no momento do parto, outro estudo realizado em Sergipe, detectou 0,42% de gestantes soropositivas para HIV, das quais 59% não conheciam a sua soropositividade no momento da admissão na maternidade. Cerca de 89% das parturientes referiram ter frequentado o serviço de pré-natal, mas somente 32,5% destas foram submetidas ao teste para HIV na gestação, sendo a triagem realizada na admissão obstétrica de grande importância na prevenção da transmissão vertical do HIV (LEMONS; GURGEL; FABBRO, 2005).

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde mostra que no período de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas pelo HIV, sendo que 30,8% residiam na região Sul, sendo o Rio Grande do Sul responsável por 18,2% do total de casos do país. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos. Em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%. Em 2015 o Rio Grande do Sul apresentou uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, sendo identificados 10,1 casos/mil nascidos vivos. Além disso, Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção, com 22,9 casos/mil



nascidos vivos. Em relação ao perfil dessa população, a faixa etária de 20 a 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV, a maioria possui da 5ª à 8ª série incompleta e há um predomínio da cor de pele parda autodeclarada (BRASIL, 2017).

A partir da análise dos resultados desses estudos, evidencia-se a importância de conhecer o perfil das parturientes e dos recém-nascidos em uma instituição. Sendo a maternidade do Hospital São Vicente de Paulo referência em atendimento a esse público, o estudo irá contribuir para o conhecimento da realidade local, possibilitando melhorias na saúde global do binômio materno-fetal.

## **2.1.8 Metodologia**

### **2.1.8.1 Tipo de Estudo**

O estudo será do tipo transversal descritivo.

### **2.1.8.2 Local e período de realização**

O estudo será realizado no HSVP, localizado em Passo Fundo (RS), de janeiro a dezembro de 2018.

O HSVP conta com 549 leitos, sendo 404 para o SUS. Além de 82 leitos de cuidados intensivos, sendo 75 desses para o SUS subdivididos em UTI pediátrica, neonatal, adulto, e unidade de cuidados intermediários neonatais. A Maternidade do HSVP é referência em gestações de alto risco. Possui 65 leitos para atendimento, além do Centro Obstétrico, que atende exclusivamente partos e cesarianas. A unidade conta com sala de pré-parto e uma estrutura de apoio para indução do trabalho de parto, como bola de bobath, uso de chuveiro, massagem, entre outros métodos não farmacológicos. Por ser referência em atender gestações de alto risco o HSVP dispõe de um Centro de Tratamento Intensivo Neonatal com 18 leitos que atende recém-nascidos prematuros e provenientes de gestações de alto risco.

### **2.1.8.3 População e amostragem**

A população do estudo compreenderá parturientes e recém-nascidos atendidos na maternidade, sendo que a amostra, do tipo não-probabilística de conveniência, incluirá parturientes e recém-nascidos atendidos de 1º de janeiro à 30 de junho de 2017. Estima-se que serão incluídas 1.500 parturientes e seus recém-nascidos.

#### **2.1.8.4 Variáveis e instrumento de coleta de dados**

Por meio do contato com a equipe de enfermagem responsável pela maternidade do HSVP, serão identificadas as gestantes admitidas no período de interesse, a partir dos registros do serviço.

As variáveis serão coletadas do prontuário eletrônico das pacientes e transcritas para a ficha de coleta de dados (APÊNDICE I). Em relação à parturiente, serão obtidos: faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, profissão, procedência, morbidades da gestante, tabagismo, número de consultas de pré-natal, resultado de exames de HIV e sífilis. Referentes ao recém-nascido será observado: número de nascimentos, idade gestacional, sexo, tipo de parto, peso ao nascer, escore de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e necessidade imediata de Centro de Tratamento Intensivo Neonatal.

#### **2.1.8.5 Processamento, controle de qualidade, análise estatística dos dados e divulgação dos resultados**

Os dados coletados serão duplamente digitados em planilha eletrônica. A análise estatística, realizada no programa PSPP (distribuição livre), compreenderá distribuição absoluta e relativa das frequência das variáveis categóricas e média e desvio padrão das variáveis numéricas.

A divulgação dos resultados compreenderá publicações em meio acadêmico-científico, devolutiva para o hospital, além de socialização através da imprensa, sendo esta a forma escolhida para devolução aos participantes.

#### **2.1.8.6 Aspectos éticos**

Será solicitada ciência e concordância do hospital por meio de apreciação do projeto pela Comissão de Pesquisas e Pós-graduação (CPPG) do HSVP e, posteriormente, o protocolo de estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e obedecerá a resolução 466/2012.

Considerando que o estudo será realizado com dados referentes a pacientes internadas no HSVP no período de 1º de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2017, as quais não permanecem em atendimento, sendo, portanto, de difícil contato, será solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II).

Além disso, os pesquisadores declaram compromisso com a utilização dos dados obtidos com o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCDU) (APÊNDICE III).

**Riscos:** Considerando a metodologia adotada, o estudo apresenta risco de identificação dos participantes durante a coleta de dados. Visando minimizar a ocorrência desse risco, não serão coletadas informações referentes à identificação dos mesmos, sendo os nomes substituídos por códigos numéricos. Caso o risco venha se concretizar, o estudo será interrompido.

**Benefícios:** Devido à natureza do estudo, os participantes não serão beneficiados de forma direta. Porém, a população será beneficiada na medida em que a divulgação dos resultados e o conhecimento do perfil das pacientes atendidas e dos recém-nascidos tem potencial para qualificar a assistência à saúde prestada.

### 2.1.9 Recursos

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Folhas A4	1	16,00	16,00
Canetas	10	1,00	10,00
Pranchetas	2	15,00	30,00
<b>TOTAL</b>			<b>56,00</b>

O hospital não terá despesas com a execução do estudo, sendo o mesmo financiado pela equipe de pesquisa.

### 2.1.10 Cronograma

Atividade/Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1</b>												
<b>2</b>												
<b>3</b>												
<b>4</b>												
<b>5</b>												

- 1- Revisão de Literatura
- 2- Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
- 3- Coleta de Dados
- 4- Análise e interpretação dos dados
- 5- Redação e divulgação dos resultados

### 2.1.11 Referências bibliográficas

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Guidelines for perinatal care**. 7. ed. Elk Grove Village (IL): AAP, 2012.

ARBOIT, É. L. A; VAN DER SAND, I, C, P. Características de parturientes e recém-nascidos de um hospital do norte gaúcho. **Anais Jornada Internacional de Enfermagem Unifra**. v. 2, Santa Maria, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em 05 de outubro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em 05 de outubro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Boletim Epidemiológico DST**. Brasília, n. 4, v. 2, p. 4-7, 1998.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016**. Ministério da Saúde, n.1, v. 48, 2017.

BRASIL; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. Brasil, 2013.

BRASIL; TELESSAÚDE. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia: Pré-Natal de Alto Risco**. Ministério da Saúde. UFRGS, 2015. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/telessauders/>>. Acesso em 06 de outubro de 2017.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 9, p. 1747-1755, 2010.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO (DGTI). **Portal BiSaúde**. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>>. Acesso em 10 de novembro de 2017.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO (HSVP). **HSVP registra 3228 nascimentos em 2015**. Publicado em 07 de janeiro de 2016. Disponível em: <<http://www.hsvp.com.br/noticias/2016/01/1218/HSVPregistra3228nascimentos2015.html>>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO (HSVP). **HSVP registra 3254 nascimentos em 2016**. Publicado em 02 de janeiro de 2017. Disponível em: <<http://www.hsvp.com.br/noticias/2017/01/1508/HSVPregistra3254nascimentossem2016.html>>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

LAJOS, G. J. **Estudo multicêntrico de investigação em prematuridade no Brasil: implementação, correlação interclasse e fatores associados à prematuridade espontânea**. Tese. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas SP: [s.n.], 2014. Disponível em <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313017>>. Acesso em 06 de outubro de 2017.

LEMO, M. D.; GURGEL, R. Q.; FABBRO, A. L. D. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet**, n. 27, v.1, p. 32-36, 2005.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev Bras Enferm**, n. 58, v. 6, p. 659- 664, 2005.

QUEENAN, J. T. **Gestação de Alto Risco: diagnósticos baseados em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

REIS, J. T. S. *et al.* Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de Goiânia-GO. **Estudos**, n. 41, v. 2, p. 329-339, 2014.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 16, v. 3, p. 168-175, 2004.

SANTOS, V. G. V. **A testagem anti-HIV na prevenção da transmissão vertical: avaliação do pré-natal e no momento do parto**. Dissertação – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. Barueri: Manole, 2014.

SOUZA, J. P. *et al.* Model global reference for caesarean section rates: a multicountry cross-sectional study. **BJOG**, v. 123, n.3, p. 427-436, 2016.

SPINDOLA T.; PENNA L. H. G.; PROGIANTI J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, n. 40, v. 3, p. 381-388, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/)>. Acesso em 23 de novembro de 2017.

ZUGAIB M. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2016.

### 2.1.12 Apêndices

#### APÊNDICE I – FICHA DE COLETA DE DADOS

VARIÁVEIS DA PARTURIENTE	
1. Idade:	idade _ _
2. Estado Civil: (1) Com cônjuge (2) Sem cônjuge	civil _
3. Raça/cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	cor _
4. Escolaridade:	escola _
5. Profissão:	profi _ _
6. Procedência:	proce _
7. Morbidades: DM (1) Sim (2) Não Asma (1) Sim (2) Não HAS (1) Sim (2) Não TPP prévio (1) Sim (2) Não Outra _____	dm _ asma _ has _ tpp _ outra _ _
8. Tabagismo: (1) Sim (2) Não	fumo _
9. Número de consultas pré-natais:	pre _ _
10. Resultado de teste rápido de HIV: (1) Reagente (2) Não reagente	hiv _
11. Resultado de teste rápido de sífilis: (1) Reagente (2) Não reagente	sifi: _
VARIÁVEIS DO PARTO E DO RN	
12. Número de recém-nascidos: (1) único (2) gemelar (3) trigemelar	rn _
13. Idade gestacional: RN 1: RN 2: RN 3:	1ig _ 2ig _ 3ig _
14. Sexo do RN: RN 1: (1) feminino (2) masculino RN 2: (1) feminino (2) masculino RN 3: (1) feminino (2) masculino	1sexo _ 2sexo _ 3sexo _
15. Tipo de parto: (1) Vaginal sem episiotomia	vagi _

(2) Vaginal com episiotomia	vepi _
(3) Vaginal sem episiotomia com fórceps	force _
(4) Vaginal com episiotomia com fórceps	vepifor _
(5) Cesárea	cesar _
16. Peso do RN: RN 1: RN 2: RN 3:	1peso _ 2peso _ 3peso _
17. Apgar 1º minuto: RN 1: RN 2: RN 3:	1apg _ _ 2apg _ _ 3apg _ _
18. Apgar 5º minuto: RN 1: RN 2: RN 3:	1apg5 _ _ 2apg5 _ _ 3apg5 _ _
19. Necessidade Imediata de CTI Neonatal: RN 1: (1) sim (2) não RN 2: (1) sim (2) não RN 3: (1) sim (2) não	1cti _ 2cti _ 3cti _

## **APÊNDICE II - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TCLE**

### **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFS**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PEDIDO DE DISPENSA**

A pesquisa intitulada “PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO” será desenvolvida por Carina Andressa Dick, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), campus Passo Fundo, sob orientação da professora Me. Silvana Nê Portela e coorientação da professora Dra. Ivana Loraine Lindemann.

O objetivo do estudo é descrever características de parturientes e de recém-nascidos na maternidade do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), localizado na cidade de Passo Fundo/RS. O conhecimento do perfil das pacientes atendidas e dos recém-nascidos é fundamental para qualificar a assistência à saúde prestada a essa população. Sendo a maternidade do HSVP um centro de referência em saúde na região sul, o trabalho se justifica sob o aspecto de que não há estudos reconhecendo a realidade local.

O estudo será conduzido no HSVP no período de janeiro a dezembro de 2018. A amostragem será de conveniência, composta por parturientes que derem entrada na maternidade do HSVP entre 1º de janeiro de 2017 e 30 junho de 2017.

Os dados, obtidos de prontuário e registrados em uma ficha de transcrição, contemplam dados da parturiente, como: faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, profissão, procedência, morbidades da gestante, tabagismo, número de consultas de pré-natal e resultado do teste rápido de HIV e sífilis. Em relação aos dados dos recém-nascidos será coletado: número de nascimentos, idade gestacional, sexo, tipo de parto, peso ao nascer, escore de Apgar e necessidade imediata de Centro de Tratamento Intensivo Neonatal.

Salienta-se que a coleta de dados iniciará somente após ciência e concordância do hospital meio de apreciação do projeto pela Comissão de Pesquisas e Pós-graduação (CPPG) e aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFS, conforme a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

**Riscos:** Considerando a metodologia adotada, o estudo apresenta risco de identificação dos participantes durante a coleta de dados. Visando minimizar a ocorrência desse risco, não serão coletadas informações referentes à identificação dos mesmos, sendo os nomes



substituídos por códigos numéricos. Caso o risco venha se concretizar, o estudo será interrompido.

**Benefícios:** Devido à natureza do estudo, os participantes não serão beneficiados de forma direta. Porém, a população será beneficiada na medida em que a divulgação dos resultados e o conhecimento do perfil das pacientes atendidas e dos recém-nascidos tem potencial para qualificar a assistência à saúde prestada.

A divulgação dos resultados compreenderá publicações em meio acadêmico-científico, devolutiva para o hospital, além de socialização através da imprensa, sendo esta a forma escolhida para devolução aos participantes. A equipe se compromete a garantir a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas.

Devido à importância da pesquisa e com base na resolução CNS nº 466 de 2012, IV 8, solicitamos a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando que o estudo será realizado com dados referentes a pacientes internadas no HSVP no período de 1º de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2017, as quais não permanecem em atendimento, sendo, portanto, de difícil contato.

Passo Fundo/RS

Pesquisador Responsável: Silvane Nenê Portela

## **APÊNDICE III – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

### **Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS**

#### **Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)**

Eu, Silvane Nenê Portela, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, do curso de Medicina, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no prontuário médico, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a características sociodemográficas e perfil clínico da população em estudo no período de 1º de janeiro à 30 de junho de 2017.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Passo Fundo/RS

Pesquisador Responsável: Silvane Nenê Portela

## **2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA**

### **2.2.1. Apresentação**

O projeto de pesquisa foi concluído no mês de dezembro e enviado ao CEP da UFFS em fevereiro, após aprovação do Centro de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital São Vicente de Paulo. Após correções de pendências do relatório parcial recebido em março, o trabalho foi aprovado no mês de maio de 2018, quando iniciou a coleta de dados.

### **2.2.2. Desenvolvimento**

#### **2.2.2.1 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

A coleta de dados foi realizada apenas pelo pesquisador já vinculado ao projeto, não sendo necessária a seleção e treinamento de outras pessoas.

#### **2.2.2.2. Logística da coleta de dados**

A coleta dos dados iniciou no mês de maio, a partir de lista disponibilizada pelo serviço de informações e de prontuário médico do hospital, informando identificação das puérperas atendidas na maternidade da instituição no período de 1º de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2017.

Durante a coleta de dados observou-se grande perda de dados referentes ao número de consultas de pré-natal por falta de registro em prontuário médico. Para completar o preenchimento do questionário com essa variável, foi consultado o número de consultas de pré-natal anotado no registro de nascimentos da instituição.

#### **2.2.2.3. Período da coleta de dados**

Os dados foram coletados durante o período de maio a agosto de 2018.

#### **2.2.2.4. Controle de qualidade dos dados**

Os dados foram coletados em questionário impresso e após foram digitados em banco de dados criado no Microsoft Excel 2010 (distribuição livre).

### **2.2.3. Considerações finais**

Os resultados obtidos estão apresentados em formato de artigo científico, baseado nas normas de publicação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Vancouver).

### 3. ARTIGO CIENTÍFICO

#### PERFIL DE PUÉRPERAS E DE RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO

PROFILE OF POSTPARTUM WOMEN AND NEWBORN ATTENDED IN MATERNITY OF TERTIARY HOSPITAL

Carina Andressa Dick<sup>1</sup>, Ivana Loraine Lindemann<sup>2</sup>, Silvane Nenê Portela<sup>3</sup>.

<sup>1-3</sup> Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. R. Cap. Araújo, 204-346 - Centro, Passo Fundo – RS. CEP 99010-200. E-mail: carinad208@gmail.com

#### **Resumo:**

**Objetivo:** Descrever características de puérperas e recém-nascidos atendidos na maternidade de hospital terciário. **Métodos:** Foram coletadas informações dos prontuários das puérperas e recém-nascidos atendidos no primeiro semestre de 2017. Foi realizada a descrição da amostra e verificada diferença de variáveis dependentes em relação às independentes por meio do teste qui-quadrado com significância de 5%.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 1.106 puérperas e 1.132 recém-nascidos, sendo a média de idade das puérperas 26,7 anos (DP 6,8), a maioria primigesta, com cônjuge, cor da pele branca, ensino médio, atividade rentável e procedente da cidade local. A prevalência de tabagismo durante a gestação foi de 11,9%, e as morbidades mais encontradas foram doença hipertensiva (15%), hipotireoidismo (12,7%), infecção do trato urinário (10,9%) e diabetes (7,1%). Na admissão obstétrica 3,8% das puérperas tiveram resultados reagentes para sífilis e 0,8% para HIV. A via de parto foi a cesárea em 56% casos, sendo 18,6% dos nascimentos pré-termo e 17,6% com baixo peso.

**Conclusão:** Destaca-se que apesar da realização de pré-natal adequado na maioria das gestações, houve maior prevalência de tabagismo, sífilis, HIV, prematuridade e baixo peso ao nascer em relação a outros estudos nacionais. A partir do conhecimento dessa realidade, podem-se planejar medidas que qualifiquem a assistência prestada, visando à redução da morbimortalidade materno-infantil.

**Palavras-chave:** Maternidades; Gestantes; Recém-nascidos; Perfil de Saúde.

**Abstract:**

**Objectives:** To describe the characteristics of the postpartum women and newborns attended in the maternity of a tertiary hospital. **Methods:** Data were collected from the records of postpartum women and their newborns attended in the first half of 2017. The sample description was performed and the difference between dependent and independent variables was verified by the chi-square test with a significance of 5%.

**Results:** The sample consisted of 1,106 postpartum women and 1.132 newborns, and the mean age of the postpartum woman was 26.7 years (SD 6.8), the most were primigravida, with spouse, white skin color, high school, remunerated activity and coming from the local town. The prevalence of smoking during pregnancy was 11.9%, and the most frequent morbidities were hypertension (15%), hypothyroidism (12.7%), urinary tract infection (10.9%) and diabetes (7,1%). In obstetric admission, 3.8% of perpetual children are seropositive for syphilis and 0.8% for HIV. The mode of delivery was caesarean section in 56% of cases, being 18.6% of preterm births and 17.6% of low birth weight. **Conclusions:** It is noted that despite adequate prenatal care in most pregnancies, there was a higher prevalence of smoking, syphilis, HIV, prematurity and low birth weight in relation to other national studies. From the knowledge of this reality, measures can be planned that qualify the assistance provided, directed to help at

reducing maternal and child morbidity and mortality.

**Key words:** Maternities; Pregnant Woman; Newborn; Health Profile.

## **Introdução**

Durante a gestação, o binômio materno-fetal está predisposto a intercorrências obstétricas e neonatais. As taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil ainda são consideradas excessivas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo, em muitas situações, associadas à intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis<sup>1</sup>.

Com o conhecimento sobre o perfil das puérperas e dos recém-nascidos atendidos em uma instituição e a identificação dos fatores de risco e intercorrências, pode-se intervir nessas condições, a fim de modificar os desfechos<sup>2</sup>. Sendo assim, essa caracterização constitui-se em ferramenta útil ao planejamento de ações, propiciando uma assistência integral, objetivando diminuir a morbimortalidade materno-infantil.

O presente estudo tem como objetivos descrever características de puérperas e recém-nascidos atendidos, além de verificar a prevalência de desfechos conforme os fatores de risco das puérperas.

## **Métodos**

Foi realizado um estudo transversal, com puérperas e seus recém-nascidos na maternidade do Hospital São Vicente de Paulo, localizado em Passo Fundo, RS. A amostra foi selecionada por conveniência e incluiu puérperas e recém-nascidos admitidos na maternidade no período de 1º de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2017.

Os participantes foram identificados pelo sistema de informações e prontuário médico do hospital e os dados coletados do prontuário eletrônico e do registro de nascimentos hospitalar. Das puérperas, foram coletadas em prontuário eletrônico: idade,

situação conjugal, cor da pele, escolaridade, ocupação, município de procedência, número de gestações, partos vaginais, cesáreas, abortos, tabagismo, morbidades, número de consultas de pré-natal, resultado de exames de HIV e sífilis (realizados na admissão obstétrica) e tipo de parto. O número de consultas de pré-natal também foi consultado no registro de nascimentos da instituição. Referentes aos recém-nascidos, foram coletados do prontuário eletrônico: número de recém-nascidos, idade gestacional ao nascer, sexo, peso, índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e necessidade imediata de Centro de Terapia Intensiva (CTI) neonatal.

A amostra foi descrita e a diferença de variáveis dependentes, foi verificada em relação às independentes por meio do teste qui-quadrado de Pearson, considerando-se como significância estatística  $p < 0,05$ . O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente.

## **Resultados**

Foram analisados prontuários de 1.106 puérperas e de seus recém-nascidos admitidos na maternidade no período de 1º de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2017. Conforme a tabela 1, observou-se predomínio na faixa etária de 19-29 anos (59%), sendo a média de idade 26,7 (DP 6,8), a mínima 13 e máxima de 46 anos. A maioria (83,3%) tinha cônjuge, cor da pele branca (81,3%), ensino médio (46,8%) e exercia atividade rentável (53,1%). A maior parte era procedente de municípios pertencentes à 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (92,8%), sendo 71,9% dessas de Passo Fundo. Quando analisada a paridade das pacientes, destaca-se que 37,5% eram primigestas, 36,8% tiveram parto vaginal prévio, 27,2% cesárea prévia e 14,6% histórico de aborto, sendo o número máximo de 10 gestações e a média de 2,2 (DP 1,4).



Na tabela 2, estão apresentadas as informações relativas à morbidade das puérperas, pré-natal e sorologias. Destaca-se que 11,9% declararam ter fumado durante a gestação, 7,1% apresentavam diabetes, 15% doença hipertensiva, 10,9% tiveram infecção do trato urinário e 4,2% sífilis na gestação. A maioria das gestantes (78%) realizou pré-natal adequado, conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS), com média de 7,39 consultas (DP 2,7). Porém 1,8% das gestantes não realizaram nenhuma consulta. Em relação aos testes sorológicos realizados na admissão da maternidade, 0,8% foram reagentes para HIV e 3,8% para sífilis.

Na tabela 3, estão demonstradas características em relação ao tipo de parto. A proporção de cesariana foi de 56,1%. As principais indicações para sua realização, registradas em prontuário médico, foram: iteratividade (10%), cardiotocografia não-tranquilizadora (6,1%), cesárea prévia (6%), desproporção cefalopélvica (5,7%) e centralização hemodinâmica fetal (4%). Dos partos vaginais, 11,9% foram com episiotomia e 1,2% com auxílio de fórceps e/ou episiotomia.

Em relação às características dos recém-nascidos, a maioria foi de gestação única (95,5%), a termo (81,3%), com total de 1.132 nascimentos, sendo 53% do sexo masculino. Analisando o peso dos recém-nascidos, 82,4% não apresentou baixo peso ao nascer. Com relação ao índice de Apgar, a maioria apresentou boa vitalidade no 1º e 5º minuto, com 90,2% e 98,3%, respectivamente, e 6,9% tiveram necessidade imediata de CTI neonatal (tabela 4).

Analisando a prevalência de desfechos conforme fatores de risco das puérperas, há maior prevalência de crescimento intrauterino restrito (CIUR) em pacientes que relatam ter fumado durante a gestação ( $p<0,01$ ), que tinham HAS prévia ( $p=0,02$ ), e que desenvolveram hipertensão gestacional ( $p=0,02$ ) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( $p<0,01$ ). Houve maior prevalência de oligodrâmnio durante a gestação em pacientes com

hipertensão gestacional ( $p=0,02$ ) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( $p=0,01$ ). Pacientes primigestas tiveram maior prevalência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( $p=0,02$ ), assim como em pacientes com HAS prévia ( $p<0,01$ ). Também se observou que pacientes com pré-natal inadequado apresentaram maior prevalência de nascimento pré-termo ( $p<0,01$ ), baixo peso fetal ( $p<0,01$ ) e necessidade imediata de CTI neonatal ( $p<0,01$ ) (tabela 5).

## **Discussão**

No presente estudo foi observado predomínio da faixa etária de 19-29 anos, sendo a média de idade 26,7 anos, compatível com o descrito por Nascimento *et al*<sup>3</sup>, que evidenciou que a idade média das gestantes atendidas em São Paulo foi de 24 anos, período de grande fertilidade da vida reprodutiva feminina. A gravidez na adolescência é definida pela OMS como entre 10 e 19 anos, sendo mais prevalente em países em desenvolvimento. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2016 mostraram que o percentual de crianças nascidas de mães adolescentes foi de 17,5% no Brasil, 14% no Rio Grande do Sul de 13,8% em Passo Fundo<sup>4</sup>. Neste estudo encontrou-se prevalência de 15,7%, pouco superior à registrada no ano anterior, porém abaixo da média do país. Estudo realizado em 2016 sobre a realidade nacional, demonstrou que, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos<sup>5</sup>, revelando o grande desafio relacionado tanto à garantia ao acesso à educação sexual e reprodutiva, quanto à qualidade no atendimento nos serviços de saúde para essa população.

Em relação à maternidade tardia, estudo demonstrou aumento de 8,1% em 1997, para 10,5% em 2010<sup>3</sup>. Na casuística estudada, ocorreu prevalência 15,6% das puérperas com idade igual ou superior a 35 anos, considerado fator de risco gestacional, com necessidade de atenção especial durante a realização do pré-natal. É conhecido o aumento

de morbimortalidade materna nessa faixa etária, devido ao aumento da prevalência de complicações como hipertensão arterial, diabetes, placenta prévia, assim como ruptura prematura de membranas ovulares e trabalho de parto pré-termo<sup>6</sup>.

O aumento na frequência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva é uma realidade. O fenômeno gravidez na adolescência é considerado um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, com implicações sociais e biológicas. Por outro lado, a gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente devido ao controle de natalidade, aos avanços na tecnologia da reprodução assistida, ao casamento tardio, aumento da escolaridade e avanços na atenção à saúde<sup>7</sup>.

No presente estudo verificou-se média de 2,2 gestações por puérpera. Dados do MS demonstraram redução gradual da taxa de fecundidade no país nas últimas décadas, com queda do número médio de filhos nascidos vivos por mulher no país, de 4,3 em 1980 para 1,8 em 2006, e de 1,7 filhos na região Sul e Sudeste no mesmo ano<sup>3</sup>. Dados de 2017 informaram que a taxa de fecundidade total por mulher reduziu para 1,7 em nível nacional<sup>5</sup>, estando a população estudada acima da média nacional.

No que diz respeito à ocupação, 41,5% das puérperas declararam-se como do lar, enquanto estudo realizado no nordeste revelou predomínio de 64,1%<sup>10</sup>. Isso contrasta com a realidade local, onde 53,1% declararam exercer atividade remunerada. A cor de pele mais referida pelas puérperas foi a branca (81,3%), o que reflete uma característica já demonstrada em outros estudos e explicada pelo predomínio da cor branca em grupos étnicos do norte do Rio Grande do Sul. Essa característica é destoante da nacional, como mostrou estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que o perfil das mães é predominantemente de cor negra (pardas e negras) em todas as regiões, exceto na região Sul, em que 67,5% se autodeclararam brancas<sup>8</sup>.

Analisando a escolaridade, 59,2% das pacientes realizaram ensino médio ou superior, sendo um pouco superior à média de 51,3% da população maior de 10 anos, com nove anos ou mais de estudo, no Brasil em 2015<sup>8</sup>. Além disso, na amostra estudada, a maioria tinha cônjuge e era moradora do próprio município.

Quando analisada a paridade, destaca-se que 27,1% das pacientes já apresentavam cesárea prévia, dessas 9,2% com duas ou mais, sendo esse um grande fator indicador de realização de nova cesariana pelo risco cinco vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes com apenas uma cesariana prévia<sup>9</sup>.

Em relação aos hábitos de vida, uma das principais causas evitáveis de prematuridade e do baixo peso ao nascer é o tabagismo durante a gravidez. Estudos nacionais demonstram que 15% das brasileiras são fumantes<sup>7</sup>. Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul observou que 22,6% das gestantes eram usuárias de tabaco durante a gestação<sup>11</sup>. O tabagismo leva a riscos adicionais para a gestante, o seu conceito e para o neonato, como aborto, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura das membranas, gravidez tubária, nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascer, defeitos congênitos e maior risco de alergias e infecções<sup>12</sup>.

Analisando a prevalência de desfechos conforme os fatores de risco das puérperas, ocorreu maior prevalência de CIUR em pacientes que fumaram durante a gestação ( $p < 0,01$ ). Observou-se 11,9% de tabagismo durante a gestação, destacando que 2,4% fumaram apenas em parte da gestação, demonstrando a possibilidade de mudança de hábitos pela conscientização a respeito das consequências do tabagismo nessa fase tão importante para o binômio materno-fetal, o que deve ser promovido já no aconselhamento pré-concepcional e durante todo o pré-natal.

A presença de doenças clínicas na gestação constitui risco aumentado de desfechos adversos maternos e neonatais. A hipertensão gestacional é a etiologia mais

comum de hipertensão durante a gravidez, ocorrendo em 6 a 17% das mulheres nulíparas saudáveis e em 2 a 4% das mulheres múltiparas<sup>13</sup>. Segundo estudo de Abalos *et al*, 4,6% das gravidezes em todo o mundo foram complicadas por pré-eclâmpsia<sup>17</sup>.

Na amostra estudada, houve prevalência de 15% de doença hipertensiva, sendo a maioria atribuída à hipertensão gestacional, 5% a hipertensão arterial sistêmica (HAS) prévia à gestação e 3,9% com pré-eclâmpsia/eclâmpsia associadas. Também se verificou que pacientes primigestas tiveram maior prevalência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( $p=0,02$ ). A prevalência de diabetes foi de 7,1%, sendo a maioria dos casos relacionados à gestação.

O CIUR representa importante aumento de risco de morbimortalidade para o neonato, devido ao crescimento comprometido e à redução das reservas de energia que aumentam sua vulnerabilidade no período perinatal. A restrição de crescimento fetal é mais prevalente em países com recursos limitados, acometendo cerca de 10% das crianças nascidas a termo nos países desenvolvidos, comparadas com 20% das crianças nascidas a termo nos países em desenvolvimento<sup>14</sup>. A amostra apresentou prevalência de 4,8% de CIUR e 3% de oligodrâmnio.

Observou-se também maior prevalência de CIUR em pacientes que tinham HAS prévia ( $p=0,02$ ), e que desenvolveram hipertensão gestacional ( $p=0,02$ ) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( $p<0,01$ ). Ocorreu maior prevalência de oligodrâmnio em gestantes com hipertensão gestacional ( $p=0,02$ ) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( $p=0,01$ ), que pode ser relacionado à insuficiência uteroplacentária como fisiopatologia causadora.

É reconhecido que o pré-natal constitui-se uma ferramenta importante na redução da morbimortalidade materno-fetal. A OMS considera que para obter-se um pré-natal de qualidade, devem ser realizadas, no mínimo, seis consultas e o início da assistência deve ser no primeiro trimestre da gestação. Sobre a realidade local, de

acordo com dados do Sistema de Informação do Estado do Rio Grande do Sul, referentes ao município de Passo Fundo, em 2012 havia o registro de que 66,3% das gestantes realizavam pelo menos sete consultas médicas durante o pré-natal. No ano de 2016, 70,6% das gestantes realizaram no mínimo 7 consultas, e em 2017 a análise de dados parciais mostrou aumento dessa cobertura para 73,2% das gestantes<sup>15</sup>. Na amostra, 78% das gestantes realizaram seis consultas ou mais (média de 7,3 – DP 2,7), considerado adequado conforme recomendação da OMS.

Observou-se que pacientes com pré-natal inadequado apresentaram maior prevalência de nascimento pré-termo ( $p<0,01$ ), baixo peso fetal ( $p<0,01$ ) e necessidade imediata de CTI neonatal ( $p<0,01$ ), reforçando a importância do pré-natal adequado, visando diminuir o número de partos pré-termo e amenizar os riscos para mães e filhos<sup>15</sup>.

Dentre as morbidades infecciosas que podem acometer o binômio materno-fetal, a sífilis e o HIV merecem destaque devido à possibilidade de tratamento da gestante e prevenção da transmissão vertical e perinatal de forma eficiente por meio de um pré-natal de qualidade, do cuidado ao parto e de uma assistência adequada ao recém-nascido. Apesar disso, a sífilis congênita apresenta elevada prevalência e vem aumentando sua incidência no Brasil, mesmo com a disponibilidade de tratamento eficaz e de baixo custo da doença materna<sup>16</sup>.

Quanto às características epidemiológicas dos casos de sífilis na gestação no Brasil, um estudo no Ceará, analisou gestantes com teste reagente para sífilis, que foram atendidas em maternidade, e demonstrou que dessas, 5,2% tiveram diagnóstico antes do pré-natal, 50% durante o pré-natal e 39,6% apenas no momento do parto/puerpério<sup>16</sup>. Outro estudo realizado pelo grupo nacional de estudo sobre sífilis congênita avaliou a positividade para sífilis em puérperas, sendo de 1,7% na amostra estudada<sup>18</sup>. Destaca-se

neste estudo, que 4,2% das gestantes tiveram testes reagentes durante a gestação, e 3,8% na admissão obstétrica. Tais valores são superiores à realidade nacional, refletindo a epidemia de casos de sífilis instalada no Rio Grande do Sul. O número de casos de sífilis congênita está em ascensão no estado nos últimos anos, com registro de 1.877 casos novos em 2016, sendo 91 destes em Passo Fundo<sup>15</sup>.

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS mostra que no período de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas pelo HIV. Dessas, 18,2% residiam no Rio Grande do Sul. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos. Em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um incremento de 28,6%. Em 2015 o estado apresentou uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, com identificação de 10,1 casos/mil nascidos vivos<sup>19</sup>.

Em relação aos testes sorológicos realizados na admissão da maternidade, 0,8% foram reagentes para HIV em nossa casuística, superior ao encontrado em estudo realizado em Sergipe que detectou 0,42% de gestantes soropositivas para HIV, das quais 59% não conheciam a soropositividade no momento da admissão na maternidade. Das puérperas, 89% referiram ter frequentado o serviço de pré-natal, mas somente 32,5% destas foram submetidas ao teste para HIV na gestação, tornando a triagem sorológica realizada na admissão obstétrica ferramenta de grande importância na prevenção da transmissão vertical do HIV<sup>20</sup>.

No que se refere ao tipo de parto, existem diversos fatores capazes de influenciar a taxa de cesarianas. Dentre eles, destacam-se os individuais, de paridade, cesariana prévia, apresentação fetal e modo de início do trabalho de parto, além das preferências dos profissionais da saúde e das mulheres atendidas. Em condições ideais, a cesariana é

uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Porém, embora as complicações maternas graves associadas a esse tipo de operação sejam pouco frequentes, apresenta maiores taxas de morbimortalidade em comparação ao parto vaginal. Além disso, do ponto de vista neonatal, a realização de cesarianas sem indicação obstétrica, em gestantes na 37ª semana, contribui para a prematuridade tardia iatrogênica, ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal<sup>21</sup>.

Ainda, destaca-se que nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, tornando-se o modo mais comum de nascimento no país (56% dos casos), havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados (85%)<sup>22</sup>. Considerando as características da população, que apresenta um elevado número de operações cesarianas em anos anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira, gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS, estaria entre 25% a 30%, número muito inferior ao praticado no Brasil<sup>23</sup>.

Nessa pesquisa, 56,1% das gestantes foram submetidas ao parto cesáreo, o que é compatível com a estatística nacional. Dos partos vaginais, 11,9 % ocorreram com auxílio de episiotomia, taxa condizente com recomendação do MS (10% a 15%), devendo ser realizada somente nos casos em que houver necessidade<sup>24</sup>. Quando observada a indicação médica para realização de cesárea, destacam-se a prevalência de indicação por cesárea prévia e iteratividade, explicadas pelo aumento da taxa de cesárea da última década. A cardiotocografia fetal não-tranquilizadora, taquicardia ou bradicardia fetal, assim como a centralização hemodinâmica fetal, que podem corresponder a achados sugestivos de sofrimento fetal, também foram registradas como



indicações para realização de cesáreas. Outras, mais prevalentes, incluíram a desproporção cefalopélvica, oligodrâmnio ou anidrâmnio, CIUR e feto pélvico. Estudo realizado em maternidades de Minas Gerais demonstrou como principais indicações para realização de cesárea a iteratividade e as distócias de apresentação<sup>25</sup>. Cabe ressaltar, que se trata de uma instituição de atenção terciária, para onde convergem casos complexos, encaminhados dos 62 municípios da 6ª CRS, e de outros, podendo repercutir no aumento do índice de cesarianas da instituição.

Em relação ao nascimento pré-termo, observa-se incidência mundial em torno de 10-15% nos países subdesenvolvidos e entre 5-7% nos desenvolvidos, com tendência ascendente. No Brasil, a prematuridade apresenta um discreto crescimento ao longo do tempo, ao contrário do que seria esperado em um país, no qual, a maioria dos indicadores de saúde materno-infantil apresentam melhorias. Estudo nacional demonstrou taxa de prematuridade no ano de 2011 de 11,8% no país, inferior a taxa de 12% no Rio Grande do Sul, e de 14,4% na 6ª CRS<sup>7</sup>. Em relação à idade gestacional ao nascimento, na amostra estudada, encontrou-se prevalência de 18,6% de nascimento pré-termo, valores acima dos nacionais e estaduais relatados, sendo a maioria tardio (entre 32 e 36 semanas e 5 dias).

São reconhecidos vários fatores determinantes em relação ao peso de nascimento da criança, relacionados principalmente à idade gestacional, sexo do recém-nascido, gemelaridade, tabagismo durante a gravidez, renda familiar, número de consultas pré-natais, tipo de parto, escolaridade, antecedentes obstétricos, desnutrição, uso de drogas e morbidades maternas que levem à diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário. As taxas de baixo peso ao nascer no país têm permanecido ao redor de 8% desde 2000, apresentando discreta tendência ascendente. As regiões com maiores prevalências são o Sudeste e Sul e com as menores, Norte e Nordeste<sup>7</sup>.

Analisando o peso dos recém-nascidos na amostra estudada, 17,6% apresentavam baixo peso ao nascer, superior às taxas nacionais. Isso pode estar relacionado à significativa taxa de prematuridade encontrada. Um fator que pode estar associado, é que a maternidade estudada é referência para parto e nascimento de alto risco devido à disponibilidade de CTI neonatal. Esses valores devem ser considerados, visto que, são os fatores mais importantes na determinação da morbidade e mortalidade neonatal, enquadrando-se como os fatores de risco para o desenvolvimento infantil mais comuns no Brasil e como forma de monitorar o estado de saúde de toda população<sup>26</sup>.

Considerando as variáveis neonatais, o escore de Apgar, é um dos métodos mais utilizados para a avaliação imediata do recém-nascido, no primeiro e no quinto minutos de vida. Na amostra estudada a maioria apresentou boa vitalidade no 1º e 5º minuto, com 90,2% e 98,3%, respectivamente, o que significa que a maioria nasceu em boas condições. Houve necessidade imediata de encaminhamento para CTI neonatal de 6,9% dos recém-nascidos.

Das variáveis analisadas no estudo, destacam-se a prevalência de maternidade tardia na amostra, assim como a média de gestações das puérperas, superior a taxa de fecundidade nacional. Outro fator de impacto é relacionado ao histórico de paridades das mulheres, onde mais de um quarto já apresentava cesárea prévia, refletindo o histórico aumento de cesarianas na população brasileira. Apesar da adequada realização de pré-natal na maioria das gestações, houve prevalência de tabagismo, de sífilis e de HIV, superior ao encontrado em estudos nacionais. Além disso, em relação aos recém-nascidos, há um grande desafio relacionado à prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer.

O presente estudo possui como limitação o seu delineamento, transversal, e o uso de dados secundários, dependendo da precisão do registro dos dados pela equipe médica no prontuário.

Partindo da análise de dados exposta, apresenta-se como desafio a qualificação ao atendimento de puérperas e de seus recém-nascidos. Para tanto, o estudo do perfil epidemiológico dessa população almeja contribuir para o planejamento e a tomada de decisões visando à melhoria do serviço prestado e constitui fonte de dados para futuros estudos no âmbito da saúde materno-infantil.

#### **REFERÊNCIAS:**

1. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev Bras Enferm. 2005; 58(6): 659-664.
2. Spindola T, Penna LHG, Progiante JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3): 381-388.
3. Nascimento LFC. Pregnants' profile in prenatal and perinatal stages: comparative study between public and private health services in Guaratinguetá. Rev Bras Saude Mater Infant; 2003 Jun; 3(2):187-194.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [homepage na internet]. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Acesso em 12 de novembro de 2017. Disponível em: < <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>>.
5. Jejeebhoy S, assessora sênior. Situação da População Mundial 2016. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2017.
6. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. Femina; 2012 set/out; 40(5):275-279.

7. Brasil. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Brasil, Julho de 2013.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Acesso em 12 de novembro de 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
9. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:872-6.
10. Araújo KRS, Calásio IA, Ribeiro JF, Fontenele PM, Morais TV. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde*. 2015; 6(3): 2739-50.
11. Renner FW, Garcia EL, Renner JD, Costa BP, Figueira FP, Ebert JP, et al. Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. *Bol Cient Pediatr*. 2015;4(2):27-32.
12. Fontanella BJB, Secco KND. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2012 ago; 61(3):168-175.
13. Yoder SR, Thornburg LL e Bisognano JD. Hipertensão na gravidez e mulheres em idade fértil. *Am J Med*. 2009; 122(10): 890.
14. Lee AC, Kozuki N, Cousens S, et al. Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: analysis of CHERG datasets. *BMJ* 2017; 358:j3677.

15. Departamento de Gestão de Tecnologia de Informação [homepage na internet]. Portal BiSaúde. Acesso em 10 de novembro de 2017. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>>.
16. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(9): 1747-1755.
17. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Diga L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review of literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 set; 170 (1): 1-7.
18. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16 (3): 168–175.
19. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016. Ministério da Saúde. 2017; 1(48).
20. Lemos MD, Gurgel RQ, Fabro ALD. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(1): 32-36.
21. SOUZA, J. P. et al. Model global reference for caesarean section rates: a multicountry cross-sectional study. BJOG. 2016; 123(3):427–436.
22. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Ministério da Saúde, 2017. Acesso em 12 de novembro de 2017. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br>>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Acesso em 05 de outubro de 2017. Disponível em

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
25. Fabri RH, Silva HSL, Lima RV, Murta EFC. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público universitário e um hospital privado. Rev Bras Saude Mater Infant; 2002; 2 (1):29-35.
26. World Health Organization (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO, 2012. Acesso em 23 de novembro de 2017. Disponível em:  
<[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/born\\_too\\_soon/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/)>

.

**Tabela 1.** Caracterização de uma amostra de puérperas atendidas em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Idade da puérpera (anos completos) (n=1.105)		
≤ 18	73	6,6
19-29	652	59,0
30-39	338	30,6
≥ 40	42	3,8
Situação Conjugal (n=1.100)		
Com cônjuge	921	83,7
Sem cônjuge	179	16,3
Cor da pele (n=1.104)		
Branca	898	81,3
Outras	206	18,7
Escolaridade (n=1.099)		
Ensino fundamental	448	40,8
Ensino médio	515	46,8
Ensino superior	136	12,4
Ocupação (n=1.104)		
Atividade rentável	586	53,1
Donas-de-casa	458	41,5
Outras	60	5,4
Município de procedência (n=1.104)		
Da 6ª CRS*	1025	92,8
De outra CRS*	79	7,2
Número de gestações (n=1.100)		
Uma	413	37,5
Duas	342	31,1
Três ou mais	345	31,4
Número de partos vaginais prévios (n=1.100)		
Nenhum	695	63,2
Um	221	20,1
Dois	92	8,3
Três ou mais	92	8,4
Número de cesáreas prévias (n=1.100)		
Nenhuma	801	72,8
Uma	198	18,0
Duas	78	7,1
Três ou mais	23	2,1
Número de abortos/gestações ectópicas prévias (n=1.100)		
Nenhum	939	85,4
Um	134	12,1
Dois ou mais	27	2,5

\*CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

**Tabela 2.** Caracterização de uma amostra de puérperas em relação à morbidade, pré-natal e sorologias na maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tabagismo (n=1.105)		
Nunca fumou	957	86,6
Ex-tabagista	17	1,5
Durante toda gestação	105	9,5
Durante parte da gestação	26	2,4
Morbidades na gestante		
Diabetes mellitus	79	7,1
Tipo 1 ou 2	7	0,6
Gestacional	72	6,5
Hipertensão arterial sistêmica		
Prévia	55	5,0
Gestacional	67	6,1
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	43	3,9
Hipotireoidismo	140	12,7
Infecção do trato urinário	121	10,9
Trabalho de parto pré-termo prévio e/ou atual	43	3,9
Crescimento intrauterino restrito do feto	53	4,8
Sífilis	47	4,2
Oligodrâmnio	33	3,0
Ruptura prematura de membranas	22	2,2
Asma	13	1,2
Síndrome de HELLP*	7	0,6
Outras	191	17,3
Consultas de pré-natal (n=1.100)		
Nenhuma	20	1,8
1-5	222	20,2
6 ou mais	858	78,0
Teste rápido HIV** na admissão obstétrica (n=1.105)		
Reagente	9	0,8
Não-reagente	1.096	99,2
Teste não treponêmico/Teste rápido para sífilis na admissão obstétrica (n=1.105)		
Reagente	42	3,8
Não-reagente	1.063	96,2

\* Síndrome HELLP – Hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas. Do inglês: *Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count*.

\*\* HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana. Do inglês: *Human Immunodeficiency Virus*.



**Tabela 3.** Caracterização de uma amostra de puérperas em relação ao tipo de parto em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).

Variáveis	n	%
Tipo de Parto		
Vaginal	485	43,9
Com episiotomia	132	11,9
Sem episiotomia	340	30,7
Com fórceps e/ou episiotomia	13	1,2
Cesárea	621	56,1
Motivo para indicação de cesárea*		
Iteratividade	111	10,0
Cardiotocografia não-tranquilizadora	68	6,1
Cesárea prévia	66	6,0
Desproporção cefalopélvica	63	5,7
Centralização hemodinâmica fetal	44	4,0
Taquicardia/bradicardia fetal	38	3,4
Oligodrômio/anidrômio	35	3,2
Crescimento intrauterino restrito	34	3,1
Feto pélvico	34	3,1
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	30	2,7
Falha de indução do trabalho de parto	29	2,6
Macrossomia fetal	22	2,0
Líquido amniótico meconial	21	1,9
Colo desfavorável	21	1,9
Ruptura prematura de membranas ovulares	10	0,9
Síndrome HELLP**	6	0,5
Placenta prévia	4	0,4
Trabalho de parto prematuro	4	0,4
Outras	201	18,2

\* Uma paciente pode ter mais de um motivo para indicação de cesárea.

\*\* Síndrome HELLP – Hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas. Do inglês: *Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count*.

**Tabela 4.** Caracterização de recém-nascidos em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.132).

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Número de recém-nascidos		
Gestação única	1080	95,5
Gestação gemelar	52	4,5
Idade gestacional ao nascimento (n=1.104)		
Termo	897	81,3
Precoce (37 - 38 semanas e 5 dias)	335	30,3
Tardio (39 – 41 semanas e 5 dias)	562	50,9
Pré-termo	206	18,6
Extremo (<28 semanas)	23	2,1
Intermediário (28 – 31 semanas e 5 dias)	29	2,6
Tardio (32 – 36 semanas e 5 dias)	154	13,9
Pós-termo (≥ 42 semanas)	1	0,1
Sexo (n=1.120)		
Feminino	527	47,0
Masculino	593	53,0
Peso (n=1.113)		
≥ 2.500g	917	82,4
Baixo (< 2.500g)	145	13,0
Muito baixo (< 1.500g)	29	2,6
Extremamente baixo (< 1.000g)	22	2,0
Apgar 1º minuto (n=1.108)		
Normal (≥ 7)	999	90,2
Angústia/asfixia (< 7)	109	9,8
Apgar 5º minuto (n=1.115)		
Normal (≥ 7)	1096	98,3
Angústia/asfixia (< 7)	19	1,7
Necessidade imediata de CTI* neonatal		
Sim	78	6,9
Não	1054	93,1

\*Centro de Terapia Intensiva

**Tabela 5.** Prevalência de desfechos conforme fatores de risco de puérperas atendidas em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).

Variáveis	n	%	n	%	p*
	<b>Com CIUR*</b>		<b>Sem CIUR</b>		
Tabagismo (n=1.105)					0,01
Sim	12	9,2	119	90,8	
Não	41	4,2	933	95,8	
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia					<0,01
Sim	10	23,3	33	76,7	
Não	43	4,0	1.020	96	
Hipertensão arterial sistêmica prévia					0,02
Sim	6	10,9	49	89,1	
Não	47	4,5	1.004	95,5	
Hipertensão gestacional					0,02
Sim	7	10,4	60	89,6	
Não	46	4,4	993	95,6	
	<b>Oligodrâmnio</b>		<b>LA** normal</b>		
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia					0,01
Sim	4	9,3	39	90,7	
Não	29	2,7	1.034	97,3	
Hipertensão gestacional					0,02
Sim	5	7,5	62	92,5	
Não	28	2,7	1.011	97,3	
	<b>PE***/eclâmpsia</b>		<b>Sem PE/eclâmpsia</b>		
Primigesta (n=1.100)					0,02
Sim	23	5,6	390	94,4	
Não	20	2,9	667	97,1	
Hipertensão arterial sistêmica prévia					<0,01
Sim	7	12,7	48	87,3	
Não	36	3,4	1.015	96,6	
	<b>Pré-termo</b>		<b>Termo</b>		
Pré-Natal adequado (n=1.098)					<0,01
Sim	141	16,5	716	83,5	
Não	86	35,7	155	64,3	
	<b>Baixo peso</b>		<b>Peso adequado</b>		
Pré-Natal adequado (n=1.081)					<0,01
Sim	105	12,5	737	87,5	
Não	75	31,4	164	68,6	
	<b>CTI imediato</b>		<b>Não</b>		
Pré-Natal adequado (n=1.097)					<0,01
Sim	37	4,3	819	95,7	
Não	30	12,4	211	87,6	

\* Crescimento intrauterino restrito. \*\* Líquido amniótico. \*\*\* Pré-eclâmpsia

#### **4. ANEXOS**

##### **4.1 ANEXO I: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM  
MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO

**Pesquisador:** SILVANE NENE PORTELA

**Versão:** 2

**CAAE:** 83489818.2.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.634.164

**Apresentação do Projeto:** Já apresentado no parecer nº 2.559.925

**Objetivo da Pesquisa:** Já apresentado no parecer nº 2.559.925

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Já apresentado no parecer nº 2.559.925

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** Já apresentado no parecer nº 2.559.925

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP. Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:** Prezado (a) Pesquisador(a): A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

CHAPECO, 03 de Maio de 2018

Assinado por Valéria Silvana Faganello Madureira (Coordenador)

## 4.2 ANEXO II - Normas da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

**Artigos Originais** divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

### **Forma e preparação de manuscritos**

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

### **Estrutura do manuscrito**

**Identificação** título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

**Resumos** deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-

Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

**Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Ilustrações** as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

**Referências** devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

**Artigo de revista:**

Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. J Phys Act Health. 2014; 11 (2): 375-83.

**Livro** Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

**Editor, Organizador, Compilador** Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**Capítulo de livro** Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

**Congresso considerado no todo** Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

**Trabalho apresentado em eventos** Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection,

privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

**Dissertação e Tese** Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997. **Documento em formato eletrônico – Artigo de revista**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf)